

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

N°

THÈSE

537

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

BARBAS, Alain,

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS,

Né le 15 Juillet 1938, à Nantes (L.-A.)

Présentée et soutenue publiquement le 19 65

**A PROPOS D'UN CAS
DE MALADIE DE HODGKIN CANTONNÉE AU POUMON
ET A ÉVOLUTION CAVITAIRE**

Président : Mr. Et. BERNARD, Professeur.

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren,

Paris (6°)

1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

BARBAS, Alain,
EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS,
Né le 15 Juillet 1938, à Nantes (L.-A.)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN CAS DE MALADIE DE HODGKIN CANTONNÉE AU POUMON ET A ÉVOLUTION CAVITAIRE

Président : Mr. Et. BERNARD, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren,
Paris (6^e)
1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme de Docteur)

MARAS, Alain



ET A ÉVOLUTION CAVITAIRE

Président : M. LE BÉRENGER, Professeur

DUPLICATE COPY
N. 100
1908

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.),
 BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.),
 CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.),
 FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de),
 GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),
 LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL
 (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
 MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR
 VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.),
 QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.),
 TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN :.....Gaston CORDIER

1er ASSESSEUR :.....Daniel BARGETON

2me ASSESSEUR :.....Paul CASTAIGNE

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie.....	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.....	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale.....	BUGNARD (L.)
- - -.....	DOGNON (A.)
- - -.....	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J.)

MM.

Chimie pathologique.....	SCHAPIRA (G.)
Embryologie.....	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	JOANNON (P.)
Histologie.....	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive.....	BOYER (J.)
Médecine du Travail.....	DESOLLE (H.)
Médecine légale.....	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie).....	FASQUELLE (R.)
Parasitologie.....	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale.....	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique.....	N...
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale.....	LAROCHE (Cl.)
- - - - -	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire.....	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	DEPARIS (M.)
Pharmacologie.....	CHEYMOL (J.)
Physiologie.....	BARGETON (D.)
- - - - -	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric.....	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale.....	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique.....	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée.....	LAMOTTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique.....	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale.....	(DESGREZ (P.)
Biologie médicale.....	(POLONOVSKI (J.)
Pharmacologie.....	BOURLIERE (F.)
Physiologie.....	LEVY (Mlle J.)
Physique médicale.....	DEJOURS (P.)
	(KELLERSHOHN (L.)
	(GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale.....	FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(Cochin	LEGER (L.)
Cliniques (Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
chirurgicales (Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)

mm.

	(Broussais.....	MILLIEZ (P.)
	(Broussais.....	LENEGRE (J.)
	(Cochin.....	BROUET (G.)
	(Hôtel-Dieu.....	BARIETY (M.)
Cliniques médicales	(Lariboisière.....	SEZE (S. de)
	(Pitié.....	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine.....	KOURILSKY (R.)
	(Saint-Antoine.....	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat).....		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades).....		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais).....		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu).....		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié).....		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière).....		GARCIN (R.)
Cliniques (Baudelocque.....		LACOMME (M.)
obstétricales (Foch (Suresnes).....		MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal).....		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu).....		RENARD (G.)
- - (Cochin).....		OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière).....		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul).....		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec).....		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière).....		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).....		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière).....		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine).....		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique.....		GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin).....		ABOULKER (P.)

mm.

Clinique chirurgicale orthopédique	
et traumatologique.....	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale.....	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales.....	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopéd.....	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker).....	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première	
enfance (Trousseau).....	N...

b)- Professeurs à titre personnel :

mm.

Hydrologie et climatologie.....	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses.....	BASTIN (R.)
	(AZERAD (E.)
	(BOUR (H.)
	(LAMBLING (A.)
	(LHERMITTE (F.)
Médecine.....	(PEQUIGNOT (H.)
	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie.....	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie.....	KREIS (B.)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGÉS
ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

mm.

	(CABROL (C.)
	(COUINAUD (C.)
Anatomie.....	(GILLOT (C.)
	(HUREAU (J.)
	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
	(Pr. s. ch.
	(ABELANET (R.)
	(CHOMETTE (G.)
Anatomie pathologique.....	(GOUYGOU (Ch.), Pr.s.ch.
	(NEZELOFF (Ch.)
	(ORCEL (L.)
	(PAILLAS (J.)

MM.

Anesthésiologie	(N. du BOUCHET (Mme) (KERN (E.) (VOUREH (G.) (BARBIER (P.), Pr.s.ch. (CHRISTOL (D.)
Bactériologie	(DAGUET (G.) (LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.) (BAULIEU (Et.), M.conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.), Pr.s.ch. (CORNILLOT (P.)
Biochimie médicale	(DREYFUS (J.-Cl.) (GONNARD (P.) (JEROME (H.) (KRUH (J.) (LEGRAND (J.-Cl.) (NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.) (BENHAMOU (J.-P.) (BOIVIN (P.)
Biologie médicale	(HARTMANN (L.) (Pr.s.ch. (BOIRON (M.) (DENOIX (P.)
Carcinologie	(MATHE (G.) (SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.) (CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.)
Dermato-Syphiligraphie	(HEWITT (J.) (TOURAINE (R.) (HEITZ (F.), (M. Conf.
Electro-Radiologie	(LEDOUX-LEBARO (G.) (ROUX (Ch.) (BESSIS (M.)
Embryologie	(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)
Hématologie	

MM.

(COUJARD (R.), Pr.s.ch.
(DA LAGE

Histologie..... (MAROIS (M.)
(RACADOT (J.)
(SCHRAMM (B.)

Hydrologie..... (BESANCON (F.)
(CORNET (A.)

(BLANCHER (G.)
(CORRE-HURST (Mme L.)
Hygiène..... (ROUSSEL (A.)
(SAPIN-JALOUSTRE (H.)

(DUPONT (V.)
Maladies infectieuses..... (LISSAC (J.)
(RAPIN (M.)

(ANTOINE (B.)
(CROSNIER (J.)
Maladies métaboliques..... (RICHET (G.)
(SEBAOUN (J.)

(BOURGUIGNON (A.)
Médecine légale..... (FOURNIER (E.)
(GUENIOT (M.)
(HADENGUE (A.)

Médecine du travail..... ALBAHARY (C.)

Neuro -chirurgie..... PERTUISET (B.)
(CAMBIER (J.)
(CATHALA (H.)
(ESCOUROLLE (R.)

(GAUTIER (J.-Cl.)
Neuro-Psychiatrie..... (LAPRESLE (J.)
(LEREBoullet (J.)
(PICHOT (P.)
(TARDIEU (G.)

(GRANJON (A.)
(HERVET (E.)
(LE LORIER (G.)
(LEVY (J.)
(LEWIN (D.)

Obstétrique..... (MUSSET (R.)
(ROBey (M.)
(SENEZE (J.)
(SUREAU (C.)
(TCHOBRoutsky (Mme C.)
(THOYER-ROZAT (J.)

mm.

	(AUVERT (Mme B.)
	(BREGEAT (P.)
Ophthalmologie.....	(DUBOIS (A.)
	(FONTAINE (Mme M.)
	(SARAUX (H.)
	(DUPARC (J.)
	(MAURER (P.)
Orthopédie.....	(MEARY (R.)
	(POSTEL (M.)
	(RAMADIER (J.)
	(DEBAIN (J.)
Oto-Rhino-Laryngologie.....	(PIALOUX (P.)
	(SERGENT (H.)
	(GOLVAN (Y.)
Parasitologie.....	(HO THI SANG (Mlle)
	(LAPIERRE (J.)
	(BARCAT (J.)
	(BINET (J.-P.)
	(BLONDEAU (Ph.)
	(CERBONNET (G.)
	(CHATELIN (C.-L.)
	(DAUTRY (P.)
	(DEMIRLEAU
	(DUBOST (Cl.)
	(FAUREL (J.)
	(FLABEAU (F.)
Pathologie chirurgicale.....	(GALEY (J.-J.)
	(GARBAY (M.)
	(GARNIER (H.)
	(GAUDART d'ALLAINES
	((Cl. de)
	(GERMAIN (A.)
	(LATASTE (J.)
	(LOYGUE (J.)
	(MAILLARD (J.-N.)
	(MERCADIER (M.)
	(NATALI (J.)
	(PELLERIN (D.)
	(PERROTIN (J.)
	(PREMONT (M.)
	(ROBERT (H.)
	(THOMERET (G.)
	(VAYSSE (J.)

mm.

Pathologie exotique SCHNEIDER (J.)

(BERTHAUX (P.)

(COTTENOT (Fr.)

(LOEPER (J.), Pr.s.ch.

Pathologie expérimentale (MAURICE (J.)

(MIKOL (Cl.)

(PAUPE (J.-R.)

(ACAR (J.)

(AUQUIER (L.)

(AUSSANNAIRE (M.)

(BEAUMONT (J.-L.)

(BERNIER (J.-J.)

(BOUVIER (J.)

(BOUVRAIN (Y.)

(BRISSAUD (H.)

(BROCARD (H.)

(BUGE (A.)

(CANIVET (J.)

(CARLOTTI (J.)

(CATINAT (J.)

(CHRETIEN (J.)

(CLOAREC (M.)

Pathologie médicale (COBLENTZ (B.)

(CONTAMIN (F.)

(COURY (C.)

(DEBRAY (J.)

(ETIENNE (J.-P.)

(FREZAL (J.)

(FRITEL (D.)

(FUNCK-BRENTANO (J.-L.)

(GRIVAUX (M.)

(HAZARD (J.)

(HENNEQUET (A.)

(HIMBERT (J.)

(HOUSSET (E.)

(LAGRUE (G.)

(LESOBRE (R.)

(LEVEQUE (B.)

(MACREZ (C.)

(MOREAU (L.)

(NENNA (A.)

(NICK (J.)

(POULET (J.)

mm.

Pathologie médicale	(ROYER (P.) (TCHERDAKOFF (Ph.) (THIBAUT (Ph.) (TOURNEUR (R.) (VILLIAUMEY (J.) (WOLFROMM (R.) (ALAGILLE (D.) (ALISON (J.) (CANLORBE (P.) (GORIN (R.) (LAFOURCADE (J.) (LEPERCQ (G.)
Pédiatrie-Puériculture.....	(LESTRADET (H.) (MALLET (R.) (MANDE (R.) (MINKOWSKY (A.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (REY (J.) (RIBIERRE (M.) (ROSSIER (A.) (VIALATTE (J.) (BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)
Pharmacologie.....	(BARRES (G.) (DURAND (J.) (GIRARD (Fr.), M. Conf.
Physiologie.....	(HUGELIN (A.) (LAURENT (D.) (SCHERRER (J.), Pr. s. ch. (VASSEUR (B.) (CHANTEUR (J.) (COURSAGET (J.) (GREMY (F.), M. Conf.
Physique médicale.....	(MILHAUD (G.) (PAGES (J.-Cl.) (PELLERIN (P.) (ROUCAYROL (J.-C.), Pr. s. ch. (TUBIANA (M.), M. Conf. (DECROIX (G.) (ISRAEL (L.)
Pneumo-phthisiologie.....	(MEYER (A.) (RENAULT (P.) (SORS (Ch.)

MM.

Psychiatrie infantile	(DENIKER (P.) (DUCHE (D.) (FLAVIGNY (H.) (DUBOST (J.)
Radiologie médicale	(LEFEBVRE (J.) (MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.) (CAUHEPE (J.) (CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.), M.C.Agr. (CREPY (Cl.) (FLEURY (R.) (GRELLET (M.) (CHASSAGNE (P.) (FOUET (P.)
Stomatologie	(LABET (R.) (MARCHÉ (J.) (AUVERT (J.)
Thérapeutique	(MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)
Urologie	

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.

Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.) (RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.) (GRASSET (J.)
Clinique médicale	(MAYER (M.) (MORIN (P.)
Clinique obstétricale	DESVIGNES (P.)
Clinique ophtalmologique	
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHÉS
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie..... HAUDUROY (P.), Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale..... RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE
ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J.)
Conseiller administratif..... Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs Milles DUMAITRE (P.),
LE NOIR (G.)
QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires Mmes CONTET (J.)
FORGET (F.)
Mlle LAURENT (H.)
Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A MES PARENTS

Que ce travail soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MA FEMME

Qu'elle trouve ici le témoignage de ma tendresse.

A LA MÉMOIRE DE MA BELLE-MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

A MA SOEUR

A TOUTE MA FAMILLE

Avec toute mon affection.

A M E S A M I S

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET D'AILLEURS

Avec toute mon amitié.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE BERNARD
Professeur de la Clinique de Pneumo-phtisiologie
de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse,

En témoignage de notre
respect et de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.M. . SEGRESTAA

Chef de Clinique Assistant
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait l'honneur de
diriger ce travail,

En témoignage de notre pro-
fonde reconnaissance et de
notre respectueuse amitié.

A NOS MAÎTRES D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur DUFOUR

Monsieur le Professeur Jean BAUMANN

Monsieur le Professeur Etienne BERNARD

Monsieur le Docteur R. DUPUY

Monsieur le Docteur A. VARAY

Monsieur le Docteur B. JAMAIN

A NOS MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

DES HOSPICES ET HÔPITAUX CIVILS DE CAEN

A NOS MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A PROPOS D'UN CAS
DE MALADIE DE HODGKIN CANTONNÉE AU POUMON
ET A ÉVOLUTION CAVITAIRE

**

INTRODUCTION

"La réalité des formes pulmonaires primitives peut être soutenue lorsque, pendant tout ou partie de l'évolution, une altération pulmonaire reste la seule expression clinique de la maladie". (DELARUE, Thèse, 1953).

Connues depuis longtemps, les localisations respiratoires de la lymphogranulomatose maligne ont toujours été tenues, à juste titre, pour fréquentes et importantes.

Déjà signalées par FAVRE en 1918, elles ont été étudiées ensuite par de nombreux auteurs :

En 1931, FAVRE, CROISAT et GUICHARD insistent sur les formes nodulaires pulmonaires.

SLAGENHAFFER en avait décrit les formes miliaires ; LETULLE, TREMOULIERE et MOUSOIR avaient constaté l'atteinte bronchique.

En 1932, le XXII^{ème} Congrès de Médecine apporte un certain nombre de mises au point, en particulier par les thèses de FOULON à Paris, ARMENGAULT à Lyon.

En 1934, MOOLTEN s'intéresse aux localisations pulmonaires, puis ce sont :

- En 1935, les caractères différentiels entre les lésions lymphogranulomateuses et les lésions tuberculeuses (GOIA).

- En 1938, la distinction par RATTI des formes multinodulaires et de la forme multi-infiltrante médiastino-pulmonaire.

- En 1945, PERRIER dénombre 70 lésions pulmonaires sur 273 cas de lymphogranulomatose maligne.

Puis, BETOULIERE, TAUMES et ADRA décrivent l'aspect radiologique du poumon hodgkinien, en 1952.

C'est enfin la thèse de DELARUE de 1953 : Considérations sur les manifestations pulmonaires de la maladie de Hodgkin.

Toutefois, si les atteintes pulmonaires au cours de la lymphogranulomatose maligne sont actuellement bien connues, elles affectent un pourcentage variable selon qu'on dénombre les lésions radiologiquement visibles ou les lésions constatées à l'autopsie.

CRAVER et coll., en 1941, donnaient, sur 300 cas, les pourcentages respectifs de 34 % et 64 %.

Cette discordance était attribuée au fait que les lésions pulmonaires apparaissent de façon assez tardive au cours de l'évolution de la maladie (ELLMAN et BOUDLER, en 1960).

LEVINSON et coll., dans leur étude de 1957, viennent corroborer cette notion classique par une statistique de survie moyenne :

- à partir des premiers signes de la maladie : 52 mois ;
- à partir des premiers signes pulmonaires : 13 mois.

Autre point important : pour tardives que

soient les lésions à type d'images réticulo-nodulaires, d'opacités parenchymateuses systématisées ou non, avec ou sans ganglions médiastinaux, beaucoup plus rare et tardive était encore l'apparition de cavernes pulmonaires, dont OLMER et LALLEMAND ne dénombraient, en 1953, qu'une dizaine d'observations dans la littérature.

Il existe pourtant des observations où la maladie de Hodgkin a semblé débiter par une atteinte pulmonaire et dont l'évolution s'est faite sur le mode cavitare et sans apparition de nouveaux foyers pendant un temps relativement long : maladie de Hodgkin à symptomatologie cantonnée au poumon pendant une longue période de l'évolution.

Le diagnostic, et partant la thérapeutique, deviennent alors difficiles à préciser en l'absence d'intervention.

C'est une observation de ce genre que nous rapporterons ici.

Puis, nous passerons en revue les observations analogues préexistantes, et nous tenterons de faire le point sur ces "atteintes parenchymateuses pulmonaires primitives de la maladie de Hodgkin".

O B S E R V A T I O N

La malade, S.. L., âgée de 65 ans, est admise à la clinique de pneumo-phtisiologie de l'Hôpital Laënnec, en Mars 1963, pour une altération de l'état général.

Elle se sait atteinte d'une affection pulmonaire depuis trois ans environ.

L'histoire de la maladie peut se résumer ainsi :

Jusqu'en 1960, il n'existe pas d'antécédents pathologiques notables. En particulier, un cliché thoracique, pratiqué en 1958 à l'occasion d'une légère altération de l'état général accompagnée de toux, n'a rien montré d'anormal.

En 1960, commence une période d'altération de l'état général avec asthénie, anorexie, amaigrissement, accompagnée d'une symptomatologie fonctionnelle pulmonaire : toux opiniâtre, expectoration muco-purulente, parfois striée de sang.

La malade est hospitalisée pour la première fois en Mai 1961, sur la vue d'une image thoracique anormale.

La radio pulmonaire standard montre, en effet, l'existence d'une opacité juxta-hilaire gauche, que les tomographies de profil vont montrer de topographie antérieure, et dans laquelle la tomographie de face, à 11 cm. du plan dorsal, révèle une perte de

substance.

L'examen clinique est normal.

La bronchoscopie, la biopsie de l'éperon, l'examen cytologique des produits d'aspiration ne montrent rien d'anormal.

Le diagnostic de tumeur pulmonaire secondaire est retenu comme le plus vraisemblable, et l'on essaie de préciser un point de départ.

L'examen gynécologique est normal. L'urographie intraveineuse, le transit gastrique ne montrent pas de lésions.

Mais le lavement baryté met en évidence une image de sténose du colon transverse.

Le diagnostic porté est celui de tumeur pulmonaire secondaire à un cancer colique, et la malade est traitée par cyclophosphamide et corticothérapie.

En Août 1961, à la sortie de la malade, l'état clinique est inchangé. Radiologiquement, la masse tumorale a diminué de volume et s'est excavée un peu plus.

En Décembre 1961, la malade est réhospitalisée dans le même service hospitalier, l'état général s'étant à nouveau altéré.

Il existe à ce moment :

- une fièvre en plateau à 39-39°5 C,
- une hyperleucocytose à 15.800 avec polynucléose neutrophile à 76 %,
- une anémie à 3 millions.

Sur le plan clinique, la malade se plaint d'une douleur thoracique intense, accentuée par la toux.

Le cliché thoracique montre un accroissement de l'image tumorale.

Un traitement antibiotique de trois semaines ne vient pas à bout de la fièvre. On associe alors la corticothérapie, et l'apyrexie est obtenue de façon quasi immédiate.

A la sortie, l'état général est amélioré. L'image thoracique demeure identique.

En Février 1962, la réapparition de la fièvre fait hospitaliser la malade dans un service différent.

L'état général est mauvais, la température oscillante à 38/39°, avec leucocytose à prédominance neutrophile, allant de 13 à 23.000 pendant un à deux mois, malgré le traitement antibiotique.

Sur les clichés thoraciques, la tumeur occupe presque tout le lobe supérieur gauche, avec quelques troubles de ventilation de type bulleux à l'apex.

Il n'est pas retrouvé d'excavation sur les tomographies.

On pratique un nouveau lavement baryté qui ne retrouve pas la sténose constatée précédemment et le diagnostic porté est celui de tumeur maligne à point de départ imprécis.

De Mars à Juin, est entrepris un traitement radiothérapique qui a une influence rapide sur la courbe thermique et l'état général ; la température revient à la normale. La malade reprend 5 kg.

Radiologiquement, on assiste à une rétraction progressive de la masse qui entraîne avec elle le médiastin à gauche, le hile vers le haut. Au sein de cette masse rétractée, se creusent de petites cavités en mie de pain.

En Octobre 1962, nouvelle hospitalisation dans le même service, pour syndrome fébrile et amaigrissement.

Il existe une expectoration muco-purulente, une leucocytose à 15.600 avec 77 % de polynucléaires neutrophiles.

Outre une antibiothérapie importante, la malade est soumise derechef à la radiothérapie (3.500 r en tout, par champs parasternal gauche, vertébral gauche, axillaire gauche).

C'est en Mars 1963 que la malade est admise pour la première fois à la Clinique de Pneumo-phtisiologie de l'Hôpital Laënnec.

Elle y vient pour une reprise évolutive avec fébricule à 38°, asthénie, amaigrissement assez discret (50 kg pour 1,65 m).

A l'examen clinique, on note une douleur thoracique sous-claviculaire gauche à la toux.

Les aires ganglionnaires sont libres.

L'examen cardio-vasculaire, l'examen neurologique sont normaux.

Surtout, la recherche d'une mitose primitive s'avère négative : il n'y a ni hépatomégalie ni splénomégalie.

Aucun signe de cancer mammaire, génital, rectal, abdominal, thyroïdien, bucco-pharyngé.

Le cliché thoracique montre une grosse excavation polycyclique et plusieurs petites adjacentes au sein d'un lobe supérieur gauche très rétracté.

Le compte rendu de la bronchoscopie est le suivant :

Trachée normale ; éperon trachéal mince et souple.

La bronche gauche présente une coudure externe et postérieure franchissable. L'orifice du lobe supérieur gauche est libre, un peu déformé. La muqueuse est en bon état. La bronche inférieure gauche est de calibre normal, dirigée en arrière, faisant un angle presque droit avec la bronche souche gauche, empêchant ainsi la progression du tube.

Le cyto-diagnostic des produits d'aspiration bronchique et de l'expectoration, les jours suivants, ne montre aucune cellule tumorale.

La recherche de B.K. après homogénéisation est six fois négative, de même que sera six fois stérile la culture sur Löwenstein.

La vitesse de sédimentation est à 18 mn à la première heure.

L'hémogramme montre une anémie à 3.680.000 hématies et une leucocytose à 4.800 avec 87 % de polynucléaires neutrophiles.

Le traitement antibiotique ne suffisant pas à ramener l'apyrexie, on y adjoint des corticoïdes et la désacétyl-N. méthyl colchicine.

En raison de la lenteur de l'évolution, de l'absence d'envahissement endobronchique, de l'absence de métastases cliniquement décelables et d'un état fonctionnel respiratoire compatible, on propose une exérèse que la malade refuse formellement.

En Juillet 1963, après quelques ondes fébriles apparues malgré le traitement, la malade part en maison de repos.

Sur le cliché thoracique, persiste seule l'excavation du lobe supérieur gauche. Elle semble, du reste, avoir un peu diminué de volume.

C'est au mois d'Octobre 1963 que va se produire la poussée terminale.

A l'entrée de la malade dans le service, l'état clinique est tout différent :

- La température est à 39-40° C, résistant aux antibiotiques et à la corticothérapie.

- La toux, douloureuse, muco-purulente, parfois striée de sang, persiste.

- Les aires ganglionnaires sont libres.

- Surtout, s'installent un prurit féroce entraînant des lésions de grattage, une éruption urticarienne généralisée et quelques macules violacées disséminées sur tout le corps.

Le cliché thoracique montre un aspect sensiblement identique à celui de Juillet, de même que l'état bronchoscopique.

En un mois, va se développer un syndrome cave supérieur typique et une asphyxie progressive qui va emporter la malade.

o o

Vérification microscopique

Sujet modérément amaigri, oedème cervico-facial et thoracique supérieur avec circulation collatérale. Pas de ganglions palpables. Pas de tumeur mammaire.

Abdomen :

- Tube digestif : pas d'anomalie.

- Foie 1.800 g. - Rate 200 g. - Tous deux d'aspect normal.

- Reins petits, un peu pâles.

- Pas d'adénopathie abdominale.
- Petit bassin : rien à signaler.

Encéphale :

- Pas de lésion macroscopique.

Thorax :

- Pachypleurite gauche très marquée, surtout au niveau du lobe supérieur.
- Le décollement effondre une cavité qui occupait ce lobe.
- Bloc ganglionnaire tumoral entourant et sténosant la veine cave supérieure, avec bourgeons saillants dans sa lumière. On retrouve d'autres ganglions dans la bifurcation trachéale.
- La bronche lobaire supérieure gauche présente, à 2 cm. de son origine, quelques petits bourgeons saillants dans sa lumière. Elle n'est pas sténosée. Elle débouche dans une énorme cavité à paroi irrégulière qui occupe la plus grande partie du lobe supérieur, le reste étant atelectasié.
- Il existe deux nodules gris-jaunâtres, d'aspect tumoral, dans le segment basal externe du lobe inférieur gauche.

Coeur :

- Paroi, orifices, vaisseaux normaux.

Etude histologique

Les ganglions médiastinaux présentent des plaques de nécrose et une population cellulaire très polymorphe où l'on identifie des lymphocytes, de nombreux plasmocytes, de nombreux polynucléaires dont un assez grand nombre sont éosinophiles. On y rencontre également une prolifération réticulaire avec certaines cellules monstrueuses qui correspondent à des cellules de Sternberg. La sclérose n'est pas abondante, mais elle existe cependant sous forme de fines

travées dissociant partout le réticulum.

Le diagnostic de maladie de Hodgkin est ainsi formellement étayé.

Les lésions nodulaires du lobe inférieur gauche sont également hodgkiniennes, avec un granulome polymorphe et de nombreuses cellules réticulaires dystrophiques.

La bronche souche gauche et la péricbronche sont le siège de lésions identiques où l'on note de larges plages de nécrose.

C'est vraisemblablement, à des phénomènes du même type qu'est due la cavité du lobe supérieur, qui est bordée partout et uniquement de tissu hodgkinien

Il est à noter que l'on rencontre de nombreux vaisseaux dont la lumière est occupée par du tissu conjonctif très largement infiltré d'éléments polymorphes.

Les autres organes qui ont été examinés - foie, rate, pancréas, reins, surrénales, ovaires - sont sensiblement normaux.

DISCUSSION

Lymphogranulomatose maligne, la maladie de Hodgkin touche, outre les ganglions lymphatiques, tous les organes contenant du tissu lymphoïde.

La présence d'un tel tissu en quantité notable dans les espaces péribronchiques suffit donc à expliquer les localisations pulmonaires (WESSLER et GREENE, 1920).

Le caractère disséminé d'emblée, multicentrique de la maladie explique également qu'un certain nombre de lymphogranulomatoses malignes auront à leur tout début une symptomatologie pulmonaire.

En fait, leur nombre réel est difficile à établir en raison de l'existence rapidement patente de ganglions médiastinaux et périphériques.

On pense, du reste, que l'atteinte initiale n'est pas intrapulmonaire, mais ganglionnaire médiastinale, et certaines classifications (SCHEINMEL et coll., 1960) tentent de grouper les lésions pulmonaires en fonction du début présumé de l'affection :

- Invasion directe à partir d'adénopathies médiastinales,
- Infiltrations péribronchiques,
- Dissémination d'emblée.

La forme la plus commune serait la forme invasive directe à partir d'adénopathies médiastinales

(YARDUMIAN et MYERS, 1950).

Elle réalise, sur le plan radiologique, des opacités juxta-hilaires ressemblant de fort près à un cancer bronchique proximal.

Dès 1931, les auteurs lyonnais, FAVRE, CROIZAT, GUICHARD et VERSE, ont admis l'existence d'une lympho-granulomatose primitive du poumon, dans laquelle ils insistent sur l'importance des lésions adéniques voisines.

DELORME, en 1953, parle de forme hilo-médiastino-pulmonaire avec envahissement pulmonaire à point de départ ganglionnaire.

La lésion est plus marquée au voisinage de l'adénopathie, sous forme de traînées opaques, dirigées du hile vers la périphérie, suivant les axes broncho-vasculaires.

La forme macronodulaire intraparenchymateuse serait plus rare, réalisant une opacité arrondie, irrégulière, de limites difficiles à préciser, semblant se continuer insensiblement avec le parenchyme.

Tous les types peuvent se voir :

- Pneumopathie chronique (J. BERNARD, 1932).
- Aspect de cancer bronchiolaire ou de métastase solitaire (OLMER, GASCARD, DECOURT).
- Opacité géante, unique (CORDIER, LEUVRAT).

Pour SCHEINMEL, l'invasion des tissus péri-bronchiques jusqu'aux alvéoles serait responsable de ces formes macronodulaires siégeant en plein parenchyme.

D'autres (WEBER, 1930) les rattachent à l'atteinte rétrograde des vaisseaux lymphatiques.

- Les formes réticulées ou miliaires sont des

formes disséminées d'emblée.

- Les lésions massives touchant tout un lobe sont difficiles à expliquer. Pour ELLMAN et BOWDLER (1960), il s'agirait d'une coalescence de nodules ou de l'invasion d'un lobe atélectasié du fait d'une invasion bronchique ou d'une compression ganglionnaire.

Quoi qu'il en soit, il n'est qu'une notion importante :

Il existe des maladies de Hodgkin débutant au poumon et surtout y restant cantonnées pendant un certain temps.

Pour rares qu'elles soient (en pourcentage des autres modalités de la lymphogranulomatose maligne), ces formes méritent d'être bien connues.

En effet, certaines observations montrent qu'une exérèse éventuellement suivie de radiothérapie est le meilleur traitement des lymphomes malins localisés ou débutant au poumon.

Pour KERN et coll. (1961), le pronostic des cas ainsi traités est meilleur que celui des malades porteurs d'épithéliomas bronchiques ou de lymphomes disséminés.

Il est cependant moins favorable que celui des lymphomes gastriques traités dans les mêmes conditions.

Moins favorable aussi pour les maladies de Hodgkin que pour les lymphomes lymphocytiques de même localisation.

ELLMAN et BOWDLER (1960) ne distinguent que :

1°- Les atteintes du parenchyme pulmonaire avec maladie de Hodgkin évidente par ailleurs.

T A B L E A U N° I

TUMEURS PARENCHYMEUSES PULMONAIRES HODGKINIENNES.
PAS D'ENVAHISSEMENT DES GANGLIONS MEDIASTINAUX.

Auteurs	Année	Sexe Age	Symptoma- tologie	Images thoraciq.	Bronchos- copie	Macroscopie	Micros- copie	Ganglions médiasti- naux	Traitement
COOLEY Mc DONALD CLACETT	1956	F 34	Infection respirat., prurit, toux depuis 4 mois	Opacité dense du lobe sup. gauche	Négative	Lésion exca- vée du LSC, nodules dans le LIC	HODGKIN	Négatif	Pneumonectomie gauche
RUBINOVICH	1957	M 75	Prurit Dyspnée	Nodules bilaté- raux	"	Nodules dans les 2 champs pulm.	"	"	-
BRAUN BRUGGER	1957	F 37	Douleurs thoraciques prurit, toux	Tumeur dans les LSD, LMD	"	Tumeur dans les LSD, LMD	"	"	Radiothérapie

VILLAR GRANATE	1959	F 30	Douleurs thoraciques toux depuis 3 semaines	Masse du LSD		Masse excavée du LSD	"	"	Lobectomie suivie de radiothérapie 3.600 r
ELLMAN BOWDLER	1960	M 50	Asymptoma- tique	Opacité du LTC	Négative	Masse dans le LIG	"	"	Biopsie pas de trai- tement
KERN et coll.	1960	M 35	Prurit, toux, dyspnée	Masses dans LIG, LMD	"	Masses dans les LIG, LMD	"	"	Lobectomie Radiothérapie AN2
KERN et coll.	1960	F 47	Asthénie, toux depuis 2 mois	Opacité triangu- laire du LMD	"	Nodules dans le LMD	"	"	Pneumonectomie droite, puis HN2 6,2 puis 1.600 r

2°- Les atteintes du parenchyme pulmonaire isolées, sans maladie de Hodgkin évidente par ailleurs.

C'est dans cette seconde catégorie qu'il faut ranger les lymphogranulomatoses malignes où le seul viscère touché, lors de l'établissement du diagnostic, est le poumon, qu'il existe ou non des adénopathies médiastinales, mais sans aucune autre adénopathie à distance (KERN et coll., 1961).

C'est donc dans ce groupe qu'il faut faire entrer notre observation, puisque l'autopsie n'a révélé aucune atteinte ganglionnaire autre que l'atteinte médiastinale, aucune atteinte viscérale autre que l'atteinte pulmonaire.

Encore faut-il remarquer que les adénopathies médiastinales ne se sont révélées que dans la flambee ultime, après trois ans d'évolution.

Il est donc possible que si la malade avait accepté l'intervention proposée en Mars 1963, l'on n'eût pas constaté un envahissement ganglionnaire au-dessus de toute ressource chirurgicale.

Certaines observations même concernent des tumeurs parenchymateuses pour lesquelles on put réaliser une intervention qui constata l'intégrité des ganglions médiastinaux (Cf. Tableau N° 1).

C'est dans ces formes qu'il est logique de situer l'origine de l'affection maligne dans le tissu lymphoïde péribronchique et de parler de lymphogranulomatose primaire du poumon.

Toutefois, il est toujours difficile de prouver l'intégrité absolue de tous les ganglions et, comme une localisation pulmonaire peut évoluer sans que s'accroisse une lésion ganglionnaire microscopique du médiastin, il reste préférable de parler de "symptomatologie cantonnée au poumon".

De tels faits restent rares : KERN, faisant la revue de la littérature en 1961, n'admet que 18 cas, auxquels on peut ajouter un cas de SAUVAGE en 1955, un cas de BILLINGSLEY en 1964, un cas de WARENBOURG en 1964, un cas de MAURY en 1963.

Il est à remarquer que presque tous ces cas ont été publiés après 1950, car ce sont les progrès de la chirurgie thoracique qui ont donné un intérêt à ces formes.

SYMPTOMATOLOGIE d'ALARME des FORMES PULMONAIRES de la LYMPHOGRANULOMATOSE MALIGNE

Les symptômes qui attirent l'attention sont tantôt des signes fonctionnels respiratoires : toux, hémoptysie, douleur thoracique, tantôt une altération de l'état général avec des périodes fébriles résistant aux traitements antibiotiques.

Parfois, la tumeur est asymptomatique (Cf. Tableau N° II), découverte d'examen radiologique (RUBENFELD et CLARK, 1937 ; EFSKIND et WEXELS, 1952 ; ELLMAN et BOWLER, 1960 ; BILLINGSLEY et coll., 1963 ; MAURY, 1963 ; WARENBOURG, PAUCHANT, DUCLOUX et LUCAS, 1964) (Cf. Tableau N° III).

KERN, en 1961, rapporte même l'observation d'une malade étant restée pendant 11 ans porteuse d'une masse intrathoracique asymptomatique, régulièrement surveillée radiologiquement.

-22-

T A B L E A U N° II

CLASSEMENT DES SYMPTÔMES
RÉVÉLATEURS DE L'AFFECTION
(sur 21 cas)

Toux	11
Douleurs thoraciques	7
Fièvre	5
Prurit	3
Amaigrissement	2
Asthénie	2
Hémoptysies	2
Dyspnée	2
Pneumonie	1

T A B L E A U N° III

LYMPHOGRANULOMATOSES MALIGNES CANTONNÉES AU POUMON
,
DÉCOUVERTES A L'OCCASION D'EXAMENS RADIOLOGIQUES SYSTÉMATIQUES

Auteurs	Année	Sexe Age	Symptoma- tologie	Images radiolo- giques	Bronchos- copie	Macroscopie	Microscopie	Ganglions médiasti- naux	Traitement
RUBENFELD et CLARK	1937	M 42	Asymptoma- tique	Opacité du LSG	Négative	Masse LSG	HODGKIN	+++	Radiothérapie
EFSKIND WEXELS	1952	F 21	"	Opacité excavée du segret antérieur du LSD	"	Masse taille œuf de canard du LSD	"	-	Lobectomie Radiothérapie post-opératoire
ELLMAN BOWDLER	1960	M 50	"	Opacité du LTG	"	Masse taille œuf de canard dans le LIG, nodules dans le LSD	"	-	Biopsie. Pas de traitement

BILLINGSLEY	1963	M 27	"	Cavité du LIC	"	Masse excavée du LIC	"	-	Lobectomie
WAREMBOURG	1964		"	Nodules & excava- tions dans les 2 champs	"	" →	"	+++	
MAURY	1963	F	"	Opacité juxta- hilaire droite excavée	"	Nodules du LSD - LMD - LID	HODGKIN à l'au- topsie	" -	-

VALEUR de l'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Important dans tous les cas pour mettre en évidence la lésion pulmonaire, l'examen radiologique systématique a permis, dans 6 cas sur les 21 étudiés ici, la découverte d'une atteinte parenchymateuse asymptomatique.

L'image tumorale est celle d'une lésion circonscrite, soit distale, soit proximale.

Les foyers bilatéraux sont plus rares (RUBINOVICH, 1957 ; KERN, 1961).

Par contre, l'évolution cavitaire est signalée six fois : EFSKIND, WEXELS, 1952 ; COOLEY et coll., 1956 ; BERGHUIS et coll., 1961 ; BILLINGSLEY et coll., 1964 ; WARENBOURG, PAUCHANT, 1964 ; MAURY, NEL, 1963.

LSD	4
LMD	2
LID	0
LSG	4
LIG	2
LSD + LMD	2
LSD + LMD + LJD	1
LSG + LIG	2
LID + LIG	1
2 champs pulmonaires	2
Poumon droit seulement	9
Poumon gauche seulement	8
Bilatéral	3

VALEUR des EXAMENS de LABORATOIRE

Aucun examen de laboratoire ne peut contribuer au diagnostic.

Les réactions tuberculiniques sont en principe négatives, mais il existe des exceptions comme dans la forme classique de la maladie.

La bronchoscopie n'apporte, en règle générale, aucun élément. La biopsie de muqueuse bronchique, l'étude cytologique des produits d'aspiration bronchique ne montrent rien dans l'ordre tumoral.

En effet, à l'inverse du cancer bronchique, la lymphogranulomatose maligne touche d'abord le lymphatique péribronchique et les parois bronchiques et n'attaque la muqueuse qu'en dernier lieu.

La bronche peut être atteinte par compression extrinsèque, laquelle peut alors déterminer une sténose. Ailleurs n'existent que des modifications mineures des parois bronchiques n'ayant pas de valeur diagnostique spécifique.

Ce n'est qu'à un stade plus avancé que peut être réalisée l'atteinte endobronchique.

Ces atteintes tardives, décrites par HAMOND (1941), SOULAS (1945), DEBOUL, DELORME, LAGAGNE, GILGEN-KRAUTZ, Mme VERLEY (Thèse 1958), peuvent réaliser différents aspects :

- Souvent, simple épaissement blanchâtre et rigide de la paroi sous une muqueuse intacte.

- Ailleurs, tumeur vraie, sessile et pédiculée, rouge, bourgeonnante, saignante, rarement ulcérée, siégeant à la partie inférieure de la trachée.

D'après SOULAS, la muqueuse, après abrasion, apparaît lisse et l'atteinte semble davantage liée à une propagation de proche en proche, d'origine lym-

phogène, qu'à la progression d'une localisation péri-bronchique après perforation de la paroi.

Tout autour, existent cependant, toujours, des modifications étendues de la paroi bronchique.

Dans tous les cas, une intégrité bronchique à l'endoscopie doit donc être considérée comme un argument d'opérabilité, car, s'il existe un envahissement, il reste peu de chances de pouvoir faire une exérèse (KERN et coll., 1961).

Finalement, la tumeur est considérée comme cancer secondaire du poumon, jusqu'à l'intervention, et c'est la biopsie extemporanée qui redresse le diagnostic.

KERN et coll. contestent, dans leur étude de 1961 sur 18 cas, les phases fébriles périodiques décrites par PELEBSTEIN et que notre malade a présentées curieusement au cours de son évolution.

En fait, le diagnostic reposant, dans ces formes cantonnées au poumon, uniquement sur la biopsie extemporanée, dans les cas où le malade refuse la thoracotomie exploratrice, de nouvelles méthodes de prélèvement biopsique, médiastinoscope, biopsie pulmonaire à l'aiguille, doivent trouver une indication.

SUR le PLAN THERAPEUTIQUE

Il semble que l'exérèse de la masse pulmonaire par lobectomie ou pneumonectomie, suivie de radiothérapie locale, soit la meilleure attitude à suivre pour la majorité des auteurs.

Un délai de trois à quatre semaines entre les deux gestes est nécessaire pour éviter une fistulisation broncho-pleurale.

Sur 9 cas de la littérature ainsi traités, on relève des survies de 5 à 7 ans (CODEY, 1956 ; BRAUN et BRUGGER, 1957 ; VILLAR et GRANNATE, 1959), mais aucune évolution sans récédive.

o o

RESTE à ENVISAGER la SIGNIFICATION
de l'EVOLUTION CAVITAIRE

Historique

En 1888, la première image cavitaire dans la maladie de Hodgkin est signalée par CLAUS.

En 1932, BOUSLOG et WASSON font la vérification histologique d'une caverne granulomateuse.

Viennent FOULON, LEBLOIS, VICTA, CRAVER, Jean BERNARD, CHRISTOL, BOIRON, en 1952.

A la même époque, EFSKIND et WEXELS publient 12 cas d'infiltrats pulmonaires excavés.

En 1955, DUHAMEL publie un cas de caverne pulmonaire hodgkinienne.

ROTTINO et HOFFMAN, sur 40 cas de localisations pulmonaires granulomateuses, trouvent trois formes excavées avec fistulisation.

En fait, il ne semble pas s'agir d'une éventualité rarissime dans la maladie de Hodgkin à localisation pulmonaire.

Si EFSKIND et WEXELS, faisant, en 1952, la

revue de la littérature, n'en réunissent que 11 cas, ces données ne semblent pas correspondre à la réalité.

De nombreuses observations sont, en effet, connues, mais souvent éparses dans des revues plus générales sur la maladie (CHEVALLIER et coll., 1951 ; DICKSON et SMITHAM, 1952 ; ROUJEAU, 1954 ; SAUVAGE et coll., 1955 ; DELARUE et DEPIERRE, 1957 ; LESZLER, 1960 ; OLMER et LALLEMAND, 1963).

LALPAW, HIGLEY et HAUSER signalent une cavité sur 22 Hodgkin pulmonaires ; DICKSON et SMITHAM en signalent 2 sur 27 ; KERN, en 1961, en signale 3 sur 14.

Deux types d'images sont décrits :

- la forme excavée et polyexcavée, kystique ;
- la forme bulleuse.

Sans avoir de signification pronostique particulière, la cavitation pulmonaire est, semble-t-il, une manifestation tardive, témoin d'une maladie de Hodgkin très évoluée, souvent parvenue à un stade terminal.

La localisation est souvent ventrale, lobaire supérieure, avec ou sans adénopathie médiastinale.

SAUVAGE décrit une caverne du LSG, cliniquement primitive, vérifiée après lobectomie.

ROUJEAU observe l'excavation d'un foyer limité siégeant en plein parenchyme.

C'est une cavité vaste, arrondie ou ovalaire, toujours entourée par une épaisse coque, bien différente de l'aspect réalisé par une tuberculose, rappelant plutôt celui d'un abcès vieilli, dans lequel on

a décrit parfois un niveau horizontal.

Sur le plan de la pathogénie,
étant donné l'association bien connue entre la tuberculose et la lymphogranulomatose maligne, la première hypothèse est celle d'une surinfection bacillaire d'une lésion granulomateuse.

Il ne semble pas y avoir, en général, d'argument radiologique spécifique sur le plan du diagnostic différentiel avec tuberculose, cancer, abcès.

Dans notre observation comme dans nombre d'autres, les preuves bactériologiques et anatomo-pathologiques manquent totalement en faveur de l'hypothèse d'une surinfection bacillaire ; on peut donc l'éliminer.

L'action de la radiothérapie a été également invoquée dans la genèse de ces lésions cavitaires.

En 1961, KERN, n'excluant pas la possibilité d'une nécrose post-radiothérapique pour expliquer la survenue de caverres, constate néanmoins une plus grande incidence des lésions cavitaires qu'il n'était reconnu classiquement, et cela en dehors de toute radiothérapie préalable.

En outre, on peut remarquer, avec LESZLER (1963), que la radiothérapie a été employée dans bien des cas de maladie de Hodgkin, sans qu'on ait vu d'évolution cavitaire.

Bien au contraire, les lésions pulmonaires accusent une nette tendance à la sclérose.

On peut donc penser qu'il s'agit ici (comme dans les 4 cas de lymphogranulomatose maligne cantonnée au poumon, signalés précédemment) d'une évolution spontanée.

Les phénomènes de nécrose peuvent être dus à

l'envahissement des vaisseaux par le processus lymphogranulomateux ou à une surinfection du granulome favorisée par l'obstruction bronchique.

Sur le plan pronostique enfin, si, pour LEVINSON, l'atteinte pulmonaire dans la maladie de Hodgkin, et plus particulièrement l'atteinte cavitairre, revêt un pronostic sombre (survie 13 mois), si, pour OLMER et LALLEMAND (1963), à défaut de présenter une signification péjorative particulière, elle témoigne toutefois d'une lymphogranulomatose au stade terminal, il faut noter, avec KERN, en 1961, que, sur 4 cas de lésions cavitaires opérées :

- 2 malades sont morts respectivement 2 et 5 ans après l'intervention,
- 2 vont bien 2 et 5 ans après,

ce qui semble constituer un encouragement et un argument important en faveur du traitement chirurgical éventuellement complété par radio et chimiothérapie.

CONCLUSIONS

L'observation rapportée ici est celle d'une malade atteinte d'une lymphogranulomatose maligne à symptomatologie cantonnée au poumon.

La maladie s'étant révélée par une atteinte pulmonaire, son évolution, s'étant faite sur le mode cavitaire sans apparition de nouveaux foyers jusqu'à la phase ultime, semble bien, en effet, pouvoir s'intégrer dans le cadre des "formes pulmonaires primitives" dont DELARUE écrivait, dans sa thèse de 1953, que "leur réalité pouvait être soutenue quand, pendant tout ou partie de l'évolution, l'altération pulmonaire restait la seule expression clinique de la maladie".

Au terme d'une telle observation, il est permis de dire, avec le même auteur :

"Combien est difficile le diagnostic des formes parenchymateuses primitives, tant que n'apparaissent pas les altérations intrathoraciques suggestives (images médiastino-pulmonaires, pleurésie) ou les localisations superficielles rendant possible une biopsie".

Ayant passé en revue les observations analogues rapportées dans la littérature, on est amené aux constatations suivantes :

- L'examen radiologique n'est pas spécifique,

ne fournissant jamais de critère diagnostique en faveur d'une lésion hodgkinienne plutôt que d'une lésion néoplasique secondaire, la tuberculose ayant été éliminée ici sur la foi de nombreuses recherches de bacilles négatifs.

- La bronchoscopie, négative dans l'ordre tumoral, n'est susceptible d'informations positives qu'à un stade terminal, en raison de l'atteinte longtemps localisée au tissu lymphoïde des espaces péri-bronchiques.

- L'évolution cavaire, classiquement favorisée par la radiothérapie, a été retrouvée 4 fois dans des conditions analogues à celles de notre malade. Dans chaque cas, l'étiologie tuberculeuse a été formellement éliminée.

Il semble que cette modalité évolutive puisse être spontanée, soit par nécrose due à l'envahissement vasculaire par le processus granulomateux, soit par surinfection.

- Enfin, l'existence d'une atteinte pulmonaire, et en particulier d'une atteinte cavaire, n'apparaît pas, comme on le pensait classiquement, présenter une signification péjorative et témoigner d'une lymphogranulomatose terminale.

Au total, dans ces formes de lymphogranulomatose maligne à "symptomatologie cantonnée au poumon" qui, nous l'avons vu, semblent moins rares (cavitaires ou non) et de pronostic moins sombre, à brève échéance, qu'on ne le voulait classiquement, le diagnostic, et partant la thérapeutique, reposent sur la thoracotomie exploratrice avec examen histologique extemporané, à moins que de nouveaux examens, tels la médiastinoscopie et la biopsie pulmonaire à l'aiguille, ne viennent, dans l'avenir, en appoint au diagnostic lorsque la thoracotomie ne peut être pratiquée.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,

G. CORDIER

Le Président
de la thèse,

Et. BERNARD

B I B L I O G R A P H I E

- BERGHUIS J., CLAGETT O.T., HARRISON E.J. (1961) -
The surgical treatment of primary malignant
lymphoma.- Dis. Chest. 40, 29.
- BILLINGSLEY J.G.- An unusual case of Hodgkin's
disease presenting the X-ray appearance of
lung abscess.- New-England Journal of Medi-
cine, Nov. 1963, 1025-6.
- BOUSLOG J.S., WASSON W.W.- Hodgkin's disease with
cavity formation in the lung.- Arch. Intern.
Med. 49, 589, Avril 1932.
- BOVO G., BERTIN - L'evoluzione caritativa del granu-
loma maligno.- Acta Med. Pat. 1954, 14, n°1,
21, 46.
- BRAUN H., BRUGGER E. (1957) - Die isolierte lungen
lymphogranulomatose, gleichzeitig in Beitrag
zur Frage des familiären Vorkommens der lym-
phogranulomatose.- Artzl. Wchnschr. 12, 64.
- BETOULIERE, TAUNES, ADRA - Aspects radiologiques du
poumon hodgkinien.- Semaine Médicale, Déc.
1952, n° 45, 811-8.
- CHEVALIER P., BERNARD J., CHRISTOL D., VOIRON H.-
Maladie de Hodgkin avec granulomatose du myo-

carde et granulomatose pulmonaire à forme
cavitaire.- Le Sang, 1952, 23, n° 8, 704-708.

CHEVALIER J., MANNES P., RENAULT P.- Lymphosarcome
primitif du poumon.- Semaine des Hôpitaux de
Paris, 33, 3652, 1957.

CASTEX, RAVLOVSKYA, VALOTTA - Lésions pulmonaires de
la maladie de Hodgkin.- Medicina Buenos-Aires,
1942, p. 117, 139.

CHAUR, WASCOLONIS - Lésions pulmonaires de la maladie
de Hodgkin.- J. Am. Med. Ass., Mai 1941,
p. 2013-4.

COOLEY J.C., Mc DONALD J.R., CLAGETT O.T. (1956) -
Primary lymphoma of lung.- Ann. Surg., 143,
18.

CRAVER L.F., BRAUND R.R., TYLER H.H.- Lesions of
lung in lymphomatoid diseases.- Am. Journal
Roentgenol., 45, 342, 1941.

DELARUE, R.- Considérations sur les manifestations
pulmonaires de la maladie de Hodgkin.- Thèse,
Paris, 1953.

DELARUE, VERLEY, CHOMETTE, ABELANET - Les localisa-
tions respiratoires intrathoraciques de la
maladie de Hodgkin.- Ann. Anat. path., 5,
31, 1960.

DICKSON R.J., SMITHAN J.H.- Cavitation of the lung
lesions in Hodgkin's disease. Report of two
cases.- Brit. J. Radiology, 1952, 25-48.

DURAND H.- Les localisations thoraciques de la mala-
die de Hodgkin.- Arch. Méd. de l'App. resp.,
Février 1928.

DELARUE, DEPIERRE - Les formes thoraciques de la maladie de Hodgkin.- Rev. Praticien, 7, 1873, 1957.

ELLMAN P., BOWDLER A.S.- Pulmonary manifestations of Hodgkin's disease.- Brit. J. Dis. Chest., 54, 59, 71, Janvier 1960.

ELSKIND L., WEXELS P.- Hodgkin's disease of the lung with cavitation : report of three cases.- J. Thoracic. Surg., 23, 377, Avril 1952.

FAVRE M.- Les manifestations pleuro-pulmonaires de l'adénie eosinophilique prurigène (granulome malin des Allemands).- Bull. & Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 42, 864, 1918.

FAVRE M., CROIZAT P., GUICHARD A.- Etude anatomique de la granulomatose maligne à forme pulmonaire.- 1931.

HELD - Images radiologiques des formes pulmonaires de la maladie de Hodgkin.- Forst. Roentgenstrahlen, 1929.

GOUDEMAND M., DELMAS, MARSALET Y., HERBAY - Cavernes pulmonaires de nature hodgekinienne.- Lille Médical, 1964, n° 2.

HEATLY C.A.- Localized pulmonary Hodgkin's disease - bronchoscopic aspect. Case report.- Ann. Otol. Rhin. Laryng. 59, 705, 1950.

HOLESH S.- Unusual X-ray appearances in Hodgkin's disease.- Proc. Roy. Soc. Med., 48, 1049, 1955.

HUGUENIN, DELARUE, BARDET - Sur quelques formes ulcé-

rées et suppurées de la LGM.- Ann. An. path.,
Déc. 1937, 14, n° 9, 847-853.

JACOB P., LEBLOIS, MEYER Ch.- Lymphogranulomatose maligne à début pulmonaire et formation d'une caverne granulomato-tuberculeuse.- Soc. Méd. Hôp. Paris, Fév. 1937, 258-268.

KERN W.H., CREPEAU A.G., JONES J.C.- Primary Hodgkin's disease of the lung. Report of four cases and review of the literature.- Cancer, 14, 1151, 1961.

LALLEMAND M., OLMER J.- Aspects cliniques et radiologiques des atteintes respiratoires au cours de la maladie de Hodgkin.- Journal Franç. de Méd. et Chir. thoraciques, 1964, 18, n° 1.

LESZLER A.- Beitrag zum kavernösen zerfall der lunge bei lymphogranulomatose.- Acta Med. Scandinavica, 168, 29, 1960.

LEVINSON B., WALTER B.A., WINTROBE M.M., CARTWRIGHT, G.E.- A clinical study in Hodgkin's disease.- Arch. Int. Med., 99, 519, 1957.

MAURY M.-Cl.- A propos d'un cas de maladie de Hodgkin à forme pulmonaire parenchymateuse primitive et suppurative.- Thèse, Paris, 1963.

MONOD R., BARIETY M., LESOBRE R., CHOUBRAC P.- Lymphogranulomatose maligne à détermination thoracique simulant une tumeur bénigne du médiastin antérieur. Hippocratisme digital. Diagnostic histologique après exérèse.- Bull. & Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 97, 18, 1946.

MOULTEN, S.E.- Hodgkin's disease of the lung.- Am. J. Cancer, 21, 253, 1934.

- OLMER J., LALLEMAND M.- Les formes nécrosantes et suppurées de la maladie de Hodgkin.- Presse Médicale, 71, 1025, 1963.
- PIE, JACOX, HILDRETH - Considérations sur les formes pulmonaires de la maladie de Hodgkin.- Am. J. Roentgen., 1936, p. 153-164.
- PRUVOST, MALLET, HENRION - Forme thoracique de la maladie de Hodgkin avec tumeur fluctuante et ulcération.- Paris Médical, Février 1923, 662.
- RAMIOWL H.- The various clinical and radiological aspects of pulmonary localisations of Hodgkin's disease.- Acta Clin. Bel., 15, 1, Janv.-Fév. 1960.
- ROUJEAU J.- Localisations pulmonaires de la maladie de Hodgkin.- J. Fr. de Chir. Thorac., 1, 64, 1954.
- ROUJEAU J., HERZOG P.- Maladie de Hodgkin à forme pulmonaire exclusive.- J. Fr. de Méd. Thorac., 13, 1, 1959.
- RUBENFELD S., CLARKE E. (1937) - Unusual case of Hodgkin's disease of the lung.- Radiology, 28, 614.
- RUBINOVICH, A.Z.- Kazuistike limfogranulomatoza leg kikh.- Klin. Med., 34, 144, 1957.
- SAUVAGE R., LE BRIGAND H., MERLIER M., L'AUTIER P.- Les problèmes chirurgicaux des localisations médiastinales isolées de la maladie de Hodgkin. - Le Poumon, Mars 1956.

SAUVAGE R., MERLIER M., LAUTIER P.- Les aspects chirurgicaux des localisations médiastinales isolées de la maladie de Hodgkin.- Presse Médicale, 86, 1802, 1955.

SHEINMEL A., ROSWIT B., LAWRENCE L.R.- Hodgkin's disease of the lung : roentgen appearance and therapeutic management.- Radiology, 54, 165, 1950.

STEEL S.J.- Hodgkin's disease of the lung.- American Rev. of Resp. Dis., Mai 1964.

STERNBERG W.H., SIDRANSKY H., OCHSNER S.- Primary malignant lymphomas of lung.- Cancer, 12, 806, 1959.

VILLAR T.G., GRANATE J.- Doenças de Hodgkin de localização pulmonar aparentemente única.- Méd. Contemp. 77, 277, 1959.

WARENBOURG H., PAUCHANT M., DUCLOUX G., LUCAS R.- A propos d'une forme pulmonaire de la maladie de Hodgkin.- Lille Médical, 1964, n° 2.

WEBER H.- Lungenlymphogranulome.- Beitr. Path. Anat. 84, 1, 1930.

WESSLER H., GREEN C.M.- Intrathoracic Hodgkin's disease Its roentgen diagnosis.- J.A.M.A., 74, 445, 1920.

YAROUMIAN K., MYERS L.- Primary Hodgkin's disease of lung.- Arch. Intern. Med., 86, 223, 1950.

ZHDANOV V.S.- Oynkholevidnyi limfogranulomatoz legkogo.- Ark. Pavol. 21, 72, 1959.

